

Fecha de Cita: _____

Hora : _____

Trabajador (a): _____

#de Caso _____



Solicitud de Medicaid

DOH-BES 61MS 2/04

Complete las siguientes preguntas para cada miembro de su familia. **Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor avísenos.**

Date Stamp

Nombre _____ Teléfono de Empleo _____ de Casa _____
 Dirección _____ # Apt. _____ Ciudad _____ CP _____
 Dirección Postal _____ Ciudad _____ CP _____

No es necesario apuntar números de Seguro Social o información con respecto a ciudadanía si no esta solicitando asistencia

¿ Quien vive en su Casa? Apunte todas las personas que viven en su hogar. **Comience con si mismo.**

Nombre	Parentesco	Estado Civil	Sexo	Raza	Fecha de Nac	Edad	Número de Seguro social	Ciudadano Sí/No
ì	Yo mismo							
í								
î								
ï								
õ								
ñ								

¿Es su intención establecer su hogar en Utah ? 9 Sí 9 No

Si no, explique por favor: _____

¿Alguien en su hogar ha recibido servicios médicos en los últimos 90 días? 9 Sí 9 No

Si la respuesta es Sí, apunte el nombre y fecha de Servicio: _____

¿Alguien en su hogar ha recibido ayuda financiera en los últimos 4 meses? 9 Sí 9 No

Si su respuesta es Sí apunte : Nombre _____ Cuando _____

¿Quiere que un representante le ayude con su caso? 9 Sí 9 No

Si su respuesta es Sí apunte el nombre, dirección y número telefónico _____

¿Hay alguien mayor de 16 años que asista a la Escuela? 9 Sí 9 No

Si su respuesta es Sí, apunte el nombre y la Escuela. _____

¿Esta usted o alguien en su hogar embarazada o ha estado embarazada durante los últimos 3 meses? 9 Sí 9 No

Si su respuesta es Sí, apunte el nombre y la fecha de parto. _____

¿Hay alguien que este incapacitado (a) en su hogar? 9 Sí 9 No

Si su respuesta es Sí, apunte el nombre y la condición _____

Bienes - Apunte sus Automóviles en la página 2. Apunte todos los bienes de Ud. Y de las personas que viven en su

hogar. Bienes incluyen: 9 Cuentas Bancarias 9 dinero en efectivo 9 Seguro de vida 9 contratos funerarios 9
 sus casas 9 propiedades de bienes raíces 9 ganado 9 remolque 9 fondos fideicomisos, etc.

Incluya cualquier objeto que valga mas de \$500.

Tipo de Bienes	Dueños	Cuenta en común Sí/No	Valor	Cantidad debida

Vehículos

(Automóviles Motos de nieve Motocicletas Otros Vehículos Camioneta/Van Casa Rodante Lanchas/Botes)

Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Año	Registrado Sí/No # de placa / Estado	Dueño/ Dueños	Cantidad Debida	Valor Actual

Ingresos- Para cada miembro de su hogar, apunte todos los ingresos que se reciban.

Ejemplo de Ingresos: 9Pensión por divorcio o separación 9Seguro Social 9Sustento Infantil
 9Negocio propio 9Jubilación 9Desempleo 9Ingresos 9Otros

Nombre	Tipo	Fecha que Comenzó	Nombre de Empleador Dirección y # de Teléfono	Horas por Semana	Día (s) de Pago	Sueldo por hora	Cantidad mensual
	ì						
	í						
	ì						
	í						
	ì						
	í						

- ¿Anticipa algún cambio en sus ingresos o en las horas que trabaja? 9 Sí 9 No
 Si su respuesta es Sí por favor explique: _____
- ¿Alguien le ayuda a pagar renta, comida o las utilidades; o alguien trabaja a cambio de la renta, la comida o las utilidades? 9 Sí 9 No
 Si su respuesta es Sí, por favor explique: _____
- ¿Ha recibido alguien de su hogar beneficios de SSI y luego dejaron de recibirlos? 9 Sí 9 No
 Si su respuesta es Sí por favor apunte el nombre y la razón: _____
- ¿Ha aplicado alguien para SSI, SSA, VA, desempleo ó compensación al trabajador? 9 Sí 9 No
 Si su respuesta es Sí, por favor explique: _____

Gastos

- ¿Paga alguien en su hogar sustento infantil, pensión por divorcio o separación y es cónyuge o padre de una persona incapacitada? 9 Sí 9 No
 Si su respuesta es Sí, por favor apunte el nombre y la cantidad pagada: _____
- ¿Paga alguien por el cuidado de niños para poder trabajar? 9 Sí 9 No
 Si su respuesta es Sí, por favor escriba el nombre y la cantidad: _____
- ¿Hay alguna persona incapacitada que pague por servicios y artículos necesarios para trabajar? 9 Sí 9 No
 Si su respuesta es Sí, por favor apunte nombre y cantidades: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DE UNA TERCERA PARTE		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	# de Caso:
↑ ¿Alguien en su hogar tiene seguro médico? Si su respuesta es sí complete la sección 1.		' Sí ' No
ÿ ¿Alguien en su hogar ha tenido seguro medico en los últimos 6 meses? Si su repuesta es sí, complete la sección 2.		' Sí ' No
ä ¿Tiene seguro médico disponible, el cual no ha obtenido? Si su repuesta es sí, complete la sección 2.		' Sí ' No
â ¿Alguien en su hogar necesita algún servicio médico extensivo? ¿Quien necesita la atención médica? _____ ¿Cual es la necesidad médica? _____ Tiene Usted: 1. ¿Seguro médico disponible que Usted no ha obtenido? _____ 2. ¿Seguro médico que haya terminado en los últimos 60 días? _____ Si su respuesta es sí, apunte la información en la sección 2. *El embarazo es considerado un servicio médico extensivo.		' Sí ' No ' Sí ' No
æ ¿Alguien en su hogar ha sido herido en un accidente o asalto? Si su respuesta es sí, complete la sección 3.		' Sí ' No
ç ¿Hay alguna otra persona que esté obligada a pagar gastos médicos para alguien en su hogar ? Por favor dé el nombre de esta persona _____ # de Teléfono _____		' Sí ' No
è ¿Alguien en su hogar ha participado en el servicio militar? Nombre _____ Fechas de servicio _____		' Sí ' No
Sección 1 - Información de Seguro (Si contestó NO a la pregunta 1, no complete esta sección)		
Nombre de la compañía de Seguros _____ # de Teléfono _____ Dirección de la compañía de Seguros _____ # de Grupo _____ Nombre del asegurado _____ # de Póliza _____ Fecha _____ Fecha de Nacimiento del asegurado _____ Número de Seguro Social del asegurado _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono de este _____ Costo \$ _____ Fecha de pago _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombres de los individuos incluidos: _____		
Nombre de otra compañía de seguros _____ # de Teléfono _____ Dirección de compañía de seguros _____ # de Grupo _____ Nombre del asegurado _____ # de Póliza _____ Fecha _____ Fecha de Nacimiento del asegurado _____ Número de Seguro Social del asegurado _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono de este _____ Costo \$ _____ Fecha de pago _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombres de los individuos incluidos: _____		
Sección 2- INFORMACIÓN SOBRE BUY-OUT / PCN		
Nombre y Teléfono de la compañía de seguros: _____ Nombre del asegurado _____ Número de Póliza _____ Nombre y Dirección de la compañía de trabajo (pertinente) _____ Si su seguro no es por medio de su trabajo, como lo obtuvo ? _____		
Sección 3- INFORMACIÓN DE ACCIDENTE O ASALTO (Si contestó NO a la pregunta 5, no complete esta sección)		
Por favor indique el tipo de accidente: 9 automovilístico 9 asalto 9 de trabajo 9 caída 9 mordida de perro 9 tratamiento erróneo 9 otro, explique _____ Nombre de la persona (s) herida (s): _____ Fecha del incidente: _____ ¿Se hizo un reporte con la policía? ' Sí ' No Departamento de policía: _____ Número de reporte: _____ Nombre del abogado: _____ Número de teléfono: _____		

L ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE QUE ENTIENDA ESTA INFORMACIÓN

... Yo testifico que todos los miembros de mi hogar son ciudadanos Estadounidenses o inmigrantes legales, con la excepción de los que sólo estén solicitando servicios de emergencia. El Departamento de Salud verificará el estado legal con el Servicio de Naturalización e Inmigración (INS). El Departamento de Salud no reportará los inmigrantes indocumentados al INS.

... Todos los miembros de mi hogar obedecerán las reglas de los programas de ayuda médica. Si yo recibo ayuda médica, a la cual no tengo derecho, yo tengo la responsabilidad de pagar todos los servicios que haya recibido. El servicio médico es sólo para las personas cuyos nombres aparecen en la tarjeta médica.

... Si el Departamento de Salud paga mis gastos médicos, yo le doy los derechos de recibir pagos de cualquier tercera parte y beneficios médicos. Yo le daré al Departamento cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de alguien obligado de pagarme los servicios médicos. Yo autorizo el pago directo al Departamento de Salud o a la Oficina de Servicios de Recuperación ORS, y no le hago responsable a ningún otro partido que haga pagos a los departamentos. Yo estoy de acuerdo en cooperar con el Estado de Utah en establecer ayuda médica para mi familia y en descubrir cualquier tercer parte responsable de pagar los gastos médicos de mi familia. Yo estoy de acuerdo en cooperar con el Estado de Utah en establecer y en coleccionar sustento infantil para mi familia.

... Yo estoy de acuerdo que la ayuda que recibo bajo cualquier programa médico es limitada como se describe en los Manuales de Proveedores que ha escrito el Departamento de Salud. Yo entiendo que los beneficios que recibo, pueden cambiarse sin mi conocimiento ni permiso.

... Yo autorizo a cualquiera persona u organización de entregar, al Departamento de Salud, División de Financiamiento de Salud o su designado, reportes médicos o información tocante a mi salud o la de mi familia. El Departamento de Salud y la agencia de empleo pueden dar, a los médicos, información tocante a mi solicitud de ayuda médica.

... Si yo soy mayor que 55 años de edad y Medicaid paga mis gastos médicos, el Estado de Utah tiene el derecho de cobrarle a mi herencia todo ese dinero gastado..

... Yo autorizo que CUALQUIER INFORMACIÓN DADA EN ESTA SOLICITUD PUEDA SER VERIFICADA. Mis beneficios médicos pueden ser reducidos, rechazados o terminados por causa de esta información verificada. Yo entiendo que la falta de no reportar cambios o dar información falsa en esta solicitud o en una posteriormente, puede resultar en un procedimiento legal de fraude. Yo entiendo que puedo pedir una audiencia con un juez imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a mi solicitud.

**** Yo (letra de molde) _____, leí o me leyeron todas las declaraciones en esta página. Yo comprendo dichas declaraciones. Bajo pena de perjurio, yo juro que las respuestas que he dado en esta solicitud son ciertas y correctas. Yo soy la persona representada (o) con la firma en este documento.

Firma o Marca del Apicante

Firma de Cónyuge o Representante

Fecha

INFORMACIÓN ELECTORAL

Si no esta registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría hacerlo hoy mismo en este lugar? Sí No

Si no marca uno de los cuadrillos, pensaremos que Usted ha decidido no registrarse en este tiempo. Usted puede llenar la aplicación con privacidad. Si usted necesita ayuda en completar la aplicación de registración para votar, podemos ayudarle. La decisión de pedir esa ayuda es suya. El hecho de registrarse para votar o no hacerlo, no afectará la cantidad de ayuda que usted pueda recibir de esta agencia. Si usted cree que alguien lo/la ha introyenido con su derecho de registrarse para votar, de no registrarse o de tener privacidad en decidir si va a registrarse o aplicar para registrarse para votar o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede registrar una queja con Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT 84114.

Action Taken _____

Esta Sección la Completa Su Trabajador(a)

Worker Name _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exploring Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare Cost Sharing (QMB, SLMB, QI'S) | <input type="checkbox"/> Rights & Respons/476 |
| <input type="checkbox"/> Estate Recovery (55+) | <input type="checkbox"/> Medicaid For Those With Disabilities & PCN | <input type="checkbox"/> Health Risk Assessment |
| <input type="checkbox"/> SAVE | <input type="checkbox"/> Duty of Support _____ | <input type="checkbox"/> Health Plan _____ |
| <input type="checkbox"/> Tobacco Survey | <input type="checkbox"/> HIPAA Form | <input type="checkbox"/> Mental Health Booklet |

Application Status Approved Denied - Reason _____ Date _____

Comments: _____

Sus Derechos y Responsabilidades

Usted tiene el derecho a:

- 4 Aplicar o reaplicar las veces que quiera para cualquier programa médico ofrecido por el Departamento de Salud. Solicitudes para PCN, Asegurado en el Trabajo, y CHIP, solo aceptaran cuando el nuevo enrolamiento se abra al publico. Alguien le puede ayudar, si usted lo necesita.
- 4 Recibir notificación que hemos aprobado o negado su solicitud y las razones de dicha acción. Para asistencia médica, tenemos 30 días para procesar su solicitud, o 90 días si usted declara estar incapacitado, a menos que necesite más tiempo.
- 4 Recibir notificación y explicación si reducimos, terminamos, o suspendemos su asistencia. En la mayoría de los casos, enviamos dicha notificación con 10 días de anticipación.
- 4 Hacer lo siguiente si no ésta de acuerdo con las decisiones tomadas con respecto a su caso:
 - A. Hablarle a su trabajador(a). Asegúrese que los dos se estén de acuerdo.
 - B. Hablarle al supervisor(a) de su trabajador(a).
 - C. Hablarle al Constituent Services (Servicios al Cliente). El número de teléfono es el 538-6417 o sin cobrar el 1-877-291-5583.
 - D. Solicitar una apelación hasta 90 días después de la decisión; 10 días obtener beneficios mientras que la apelación esta en proceso. Si su incapacidad fuera negada, también puede reconsiderar una apelación. Si el Seguro Social negó su incapacidad, usted tendrá que apelar bajo el procedimiento de dicha organización.
 - E. Solicitar representación legal para la audiencia. Es posible que califique para ayuda legal gratuita de Utah Legal Services. En Ogden llame (801) 394-9431 y en Salt Lake, llame (801) 328-8891. El número sin cobrar es 1-800-662-2538. Para obtener una lista de abogados llame al 531-9075.
- 4 Ver la información, referente a su caso. La información acerca de usted y a su caso es confidencial. Se puede compartir esta información con otras agencias para administrar programas que le puedan beneficiar.

Sus Responsabilidades:

4 Verificar Información

El decreto de Seguro Social determina que usted provea un número de Seguro Social por cada miembro de la familia que desee asistencia médica. Si no tiene, tiene que mostrar que ha aplicado para recibirlo. Puede recibir servicios mientras esté esperando su número. Si usted esta solicitando solo Medicaid de Emergencia, no necesita tener un número de Seguro Social.

Se usará su número de seguro social en el Sistema de Verificar Ingresos y Elegibilidad del Estado para asegurarnos si su familia califica para los programas de ayuda federal. Haremos verificaciones de computadora, recertificaciones de los programas y auditorías con el Departamento de los Servicios al Trabajador, Servicios de Inmigración y Naturalización (INS), Seguro Social y registros del Servicio de Ingreso Interno (IRS). También podemos hacer investigaciones con instituciones de préstamos y bancarios y cualquier otra organización o persona que tenga información de la elegibilidad de su familia. Usted tiene que darnos pruebas de que es elegible para recibir asistencia. Si usted no entiende lo que necesitamos o no puede darnos pruebas de lo que pedimos, consulte con su trabajador.

- 4 Los niños que tienen Medicaid son automáticamente registrados en el Sistema de información para la inmunización a través del Estado de Utah (USIIS), si usted no desea que sus niños sean registrados en el sistema, tiene que llamar al teléfono del (USIIS) : (801)538-6872 o al teléfono de inmunización: (1800-275-0659)

4 Cooperar

Usted tiene que cooperar con cualquier auditoría de parte de Control de Calidad, Servicios de Recuperación y la Oficina de Servicios de Elegibilidad. También tiene que cooperar al proveer información respecto a cualquier otra fuente de pagos y ayuda médica. Si usted piensa que al dar esta información le puede perjudicar, usted puede pedir una petición de <<good cause>>. Su trabajador(a) le puede explicar el procedimiento con más detalle.

También usted y su familia deben obedecer las reglas del programa de ayuda médica..

CAMBIOS QUE USTED DEBE REPORTAR

Recuerde que Usted debe reportar cambios en su situación dentro de 10 días del nuevo cambio. No demore en reportar los cambios. Cambios pueden afectar la cantidad de sus beneficios o su elegibilidad. Si Usted recibe beneficios, los cuales no le corresponden recibir, será responsable de reponer la cantidad recibida.

CAMBIOS EN FUENTES DE INGRESOS

Obtener un nuevo empleo, término de empleo, cambios de empleo, trabajando para compañías de empleo temporario, ingresos para Educación, SSI, SSA, o Desempleo, etc. Recibir un pago grande de liquidación.

CAMBIO DE INGRESOS MENSUALES (EN BRUTO) GANADOS O NO GANADOS

Reportar cambios en horas de trabajo, tiempo extra, aumento de sueldo, término de empleo, etc. Cambios en SSI, SSA, Desempleo, etc.

CAMBIOS DE OBLIGACIONES LEGALES DE SUSTENTO INFANTIL**CAMBIOS DE ESTADO CIVIL O VIVIENDA**

Matrimonio, separación, o divorcio; adquirir compañero de cuarto; padre ausente regresa al hogar; nacimiento de un bebé o término de embarazo; miembro del hogar se va o se integra; muerte de un familiar cercano; etc.

ADQUISICIÓN O PERDIDA DE UN VEHICULO (REGISTRADO O NO)

Automóvil, Camioneta, van, motocicleta, casa rodante, remolques, vehículos de recreación, etc.

CAMBIO DE BIENES

Cambios de acciones, bonos, propiedades, vehículos, seguro de vida, fondos fiduciarios, planes de entierro, efectivo, abrir y cerrar de cuentas bancarias, etc. para todos los integrantes de su familia. (Incluya todos los bienes que sean adjuntos con su conyuge, padres, hijos, etc.)

CAMBIOS EN DEDUCCIONES ADMISIBLES

Gastos para el cuidado de niños, gastos para seguro médico, etc. Si Usted es mayor de 65 años, ciego, o imbálido. Usted también debe reportar cambios de pensión por divorcio o separación o sustento infantil pagados por un cónyuge o padre y gastos relacionados con el trabajo.

CAMBIOS DE PROTECCIÓN DE SEGUROS

Cambios de acceso a un plan de seguro médico, incluyendo protección e inscripción de cualquier miembro de su familia. Accidentes o heridas que puedan ser cubiertas por una tercera parte, también deben ser reportadas.

Su trabajador(a) _____ Teléfono _____ # de Caso _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE UTAH
DIVISIÓN DE FINANCIAMIENTO DE ASISTENCIA MÉDICA

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO UD. PUEDE OBTENERLA. POR FAVOR, LÉALA CON CUIDADO. Efectivo 14 abril 2003.

El Departamento de Salud, División de Financiamiento de Asistencia Médica (Department of Health Care Financing - DHCF) se compromete a proteger su información médica. La ley requiere que DHCF mantenga la privacidad de su información médica, proveerle de este Aviso de Normas de Privacidad y aceptar los términos de la misma.

PRÁCTICAS CONFIDENCIALES Y SUS USOS

El DHCF puede usar su información médica para llevar a cabo nuestro trabajo. Ejemplos:

Tratamiento - determinar apropiadamente la aprobación o negación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los administradores del DHCF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de asistencia médica para la necesidad médica si se trata de un cliente de Medicaid o para servicios cubiertos si se trata de un cliente de PCN..

Pagos - determinar su elegibilidad con Medicaid o PCN y pagar a su proveedor de asistencia médica. Por ejemplo, su proveedor médico puede enviar los cobros al DHCF por los servicios médicos que Ud. obtuvo.

Gestiones de Atención Médica - evaluar el desempeño del plan de salud o su proveedor médico. Por ejemplo, DHCF hace contratos con terceros quienes revisan archivos de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad del cuidado que Ud. recibió.

Propósitos de Información - darle buena información tales como planes alternativos de salud, programas de beneficios actuales, exámenes médicos gratis, e información de la protección al consumidor.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Ud. tiene derecho a:

- Solicitar restricciones en como podemos usar y compartir su información médica. Consideraremos toda solicitud de restricciones cuidadosamente pero no estamos sujetos a aceptar ninguna de ellas.
- Solicitar que nosotros usemos un numero de teléfono y dirección específicos para comunicarnos con Ud.
- Revisar y copiar su información médica incluyendo archivos y cuentas médicas. Posibles cobros. Bajo limitadas circunstancias podríamos negarle acceso a una parte de su información médica y Ud. podría solicitar una revisión de esta negación. *
- Solicitar correcciones o agregar nueva información a su archivo. *
- Solicitar un resumen de cierta información de salud entregada por nosotros. El resumen no incluye información entregada por tratamiento, pagos, gestiones médicas y alguna información requerida por la ley. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo indicado para este resumen el cual no debe exceder los seis años precedentes a su solicitud y excluye las fechas antes del 14 de abril del 2003. El primer resumen es gratis pero un cobro se aplicará si más de una petición es hecha durante un periodo de doce meses. *
- Solicitar copia de este aviso aun que Ud. esté de acuerdo de recibirlo en forma electrónica.
- Todas las solicitudes marcadas con asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Comuníquese con el Oficial de Privacidad del Medicaid /DHCF o PCN para obtener los formularios apropiados de su solicitud.

DHCF-HIPm
Effective April 14, 2003

COMPARTIENDO SU INFORMACIÓN MÉDICA

Existen limitadas situaciones donde se nos permite o requiere revelar información médica sin su firma de autorización. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar los programas de Medicaid y PCN y los siguientes:

- Para propósitos de salud pública tales como el reportar enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades y accidentes que la ley permite reportar; reportar nacimientos y defunciones; y reportar reacciones a medicamentos y problemas con aparatos médicos
- Proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica
- Para supervisar actividades de salud tales como investigaciones, auditorias, e inspecciones
- Por demandas o procedimientos similares
- Cuando es requerido por la ley
- Cuando es solicitado por oficiales de la ley u orden judicial
- A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- Para donación de órganos y tejidos
- Para investigación aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas guías federales
- Para disminuir o prevenir una serie de amenaza a la salud pública y seguridad
- Para compensación al trabajador u otros programas similares si Ud. fue accidentado en el trabajo
- Para funciones especializadas del gobierno tales como inteligencia y seguridad nacional

Otros usos e informaciones no descritas en este informe requiere su autorización firmada. Ud. puede revocar su autorización en cualquier momento con una nota por escrito.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

DHCF es requerido por ley:

- Mantener la privacidad de su información médica
- Proveer esta información que describe las maneras en que nosotros podemos usar y compartir su información médica
- Continuar los términos de esta información actualmente en efecto

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer un nuevo Aviso de Normas de Privacidad de toda la información que tenemos. Avisos actuales serán publicados en las oficinas de DHCF y en nuestra página electrónica, <http://health.utah.gov/hipaa>. También puede solicitar copia de cualquier aviso contactando a su Oficial de Privacidad de Medicaid o PCN a continuación:

PARA CONTACTARNOS

Si Ud. desea más información respecto a sus derechos de privacidad, o piensa que sus derechos de privacidad fueron violados, o no está de acuerdo con una decisión que nosotros tomamos para obtener su información médica, clientes del Medicaid deben contactar al Oficial de Privacidad de DHCF, Craig Devashrayee, 801-538-6641; 288 North 1460 West, 3rd floor, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah, 84114-3102; cdevashrayee@utah.gov.

Clientes de Primary Care Network (PCN) deben contactar al Oficial de Privacidad de PCN, Gayleen Henderson, 801-538-6135; 288 North 1460 West, 4th floor, PO Box 144102, Salt Lake City, Utah, 84114-4102; ghenderson@utah.gov.

Investigaremos todos los reclamos y no tomaremos en su contra por dichos reclamos.

Ud también puede enviar un reclamo por escrito a la Oficina de los Derechos Civiles:

Office of Civil Rights, 200 Independence Ave, S. W. Room 509 HHH Bldg., Washington, DC 20201.